



STATE OF WASHINGTON  
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES  
DIVISION OF CHILD SUPPORT (DCS)

**SOLICITUD DE SERVICIOS COMPLETOS DE COBRANZA**

Yo entiendo y estoy de acuerdo con los términos establecidos en DSHS 16-072, **Información para el Cumplimiento de la Manutención no Asistida** (Nonassistance Support Enforcement Information). Solicito a la División de Manutención de Niños (Division of Child Support) que me provea de los servicios completos de cobranza declarados en mi orden de manutención de niños.

***Escriba en letra de imprenta o a máquina todas las respuestas excepto su firma.***

MI NOMBRE COMPLETO

NOMBRE COMPLETO DEL OTRO PADRE

MI NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA EL CÓDIGO DE ÁREA)

FECHA DE NACIMIENTO DEL OTRO PADRE

MI CASILLA DE CORREO O DIRECCIÓN POSTAL

MI FIRMA

MI CIUDAD, ESTADO, Y CÓDIGO POSTAL

FECHA

Deseo recibir información sobre los depósitos electrónicos directos de los pagos de la manutención del niño:  Sí  No

Caso N°: